



Подписная форма

Sign-up form

для выбора плана медицинского
страхования и запроса врача

НОМЕР ДЕЛА
ИМЯ КЛИЕНТА
АДРЕС КЛИЕНТА
ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Вам не нужно заполнять эту форму,
если Вы подписываетесь по телефону, номер
1-800-562-3022. (Для лиц с нарушениями слуха
и речи звонить по телефону 1-800-848-5429)

1. Выберите свой план медицинского страхования. Вам необходимо подписатьсь на какой-то план медицинского страхования. Все лица, указанные на Вашей медицинской карточке (ID), должны быть в одном и том же плане.

- **Просмотрите информационные листы зеленого цвета**, содержащиеся в этом пакете, чтобы подробнее ознакомиться с различными медицинскими планами страхования, в которых Вы можете участвовать. Для каждого плана в пакете имеется отдельный лист, а на нем номер телефона, по которому Вы можете получить дополнительную информацию об этом плане.
- **Прочтайте краткий буклет** в данном пакете. Там имеются сведения, которые необходимо принимать во внимание при выборе плана.
- **Если у Вас имеются конкретные пожелания в отношении каких-то докторов**, до того, как выбирать план, позвоните им и узнайте, с какими планами они сотрудничают. После того, как Вы сделаете свой выбор, Вы можете обращаться только к тем докторам, которые участвуют в этом плане. Запрос о нужных Вам докторах можно сделать на обороте данной формы.

Впишите внизу, какой план медицинского обслуживания Вы хотите избрать для себя и других лиц, перечисленных в Вашей медицинской карте:

2. Есть ли среди указанных в Вашей медицинской карточке лиц беременные?

Вы, или кто-нибудь другой из указанных в Вашей медицинской карточке лиц беременны?

Нет

Да

→ Кто беременен? Имя: _____

Ожидаемый
день родов: _____

У какого врача или другого медицинского специалиста наблюдается это лицо?

Фамилия врача: _____ Номер
телефона офиса: _____



3. Укажите врачей, которых Вы хотите использовать в качестве своего основного медицинского работника (PCP). После того, как Вы подписались на выбранный Вами план медицинского обслуживания, почти по всем вопросам здравоохранения Вы будете обращаться к одному человеку из этого плана. Этот человек называется Вашим главным медицинским работником, в качестве которого может выступать врач, фельдшер или ассистент врача.

Вы и каждый другой, кто указан на Вашей медицинской карточке, должен иметь PCP, работающий по выбранному Вами плану. Если у Вас имеются врачи, которых Вы желаете использовать в качестве PCP, и Вы знаете, что они работают по выбранному Вами плану, напишите внизу их фамилии. Нужно помнить, что некоторые врачи участвуют не в одном, а нескольких планах медицинского обслуживания Healthy Options.

Работники плана, который Вы выбрали, сообщат Вам, можете ли Вы пользоваться выбранными Вами PCP, перечисленными ниже. Если Вы не укажите никаких имен PCP на этой форме, работники плана помогут Вам выбрать PCP после того, как Вы оформите все документы.

Имя, фамилия лица, указанного на Вашей медицинской карточке	Какого врача Вы хотели бы использовать в качестве PCP для этого лица? (все доктора, выбранные Вами для роли PCP, должны участвовать в плане, который Вы избрали на противоположной стороне этой формы. Позвоните им, чтобы убедиться в этом, если не уверены).	
Имя PCP	Телефон офиса:	
<i>Если Вам не хватило места для того, чтобы указать других лиц, внесенных в Вашу медицинскую карточку, и их фамилии не напечатаны здесь, запишите их фамилию и имя, а также фамилии PCP, которых они хотят использовать, на отдельном листе.</i>		

4. Дети с особыми потребностями в медицинском обслуживании.

Есть ли среди детей, перечисленных на Вашей медицинской карточке, такие, кто нуждается в особом уходе, или страдает задержками развития?

НЕТ

ДА → Укажите имя ребенка (детей) и особенности их медицинского обслуживания:

5. Отправьте эту подписьную форму. После того, как Вы заполнили эту форму с обеих сторон, пожалуйста, отправьте ее на наш адрес в конверте, который приложен с остальной документацией в пакете (марку наклеивать не требуется). Если конверта в пакете не оказалось, направьте эту форму по адресу: Healthy Options, DSHS, PO Box 45505, Olympia WA 98504-5505.